



Hausärztliche Praxis Dr. Peter Rappold

Allgemeinmedizin - Akupunktur - Neuraltherapie
Bahnhofstr. 38, 67346 Speyer, Tel. 06232 - 76744, Fax 06232 - 623260

Patientenfragebogen

Name _____ Vorname _____ Geb.-datum _____ Telefon _____

Sehr geehrte Patientin, sehr geehrter Patient

Wir freuen uns, dass Sie unsere Praxis aufgesucht haben.
Sie helfen uns Ihre individuelle Behandlung optimal zu gestalten, indem Sie uns über wichtige Fragen Ihrer eigenen Krankengeschichte sowie Familienerkrankungen informieren. Wir bitten Sie daher den Fragebogen soweit wie möglich auszufüllen.

Vielen Dank für Ihre Mithilfe.

Familienanamnese (Welche Erkrankungen sind in Ihrer Familie vorgekommen?):

Zuckerkrankheit Hoher Blutdruck Herzinfarkt (wann?) _____
 Gicht Asthma Gallen/Nierensteine
 Krebsleiden: wenn ja, welches Organ war betroffen? _____
 sonstige Erkrankungen: _____

Eigene Anamnese (Wegen welcher Erkrankungen waren Sie bereits in Krankenhausbehandlung?):

Erkrankung	Krankenhausname (oder Kurklinik)	Wann (Jahr)

Hatten oder haben Sie eine der folgenden Krankheiten?

Allergien (bitte geben Sie an worauf Sie allergisch reagieren!):

Heuschnupfen _____
 Medikamente _____
 sonstige Stoffe _____

Kinderkrankheiten:

Röteln Windpocken Masern Pfeiffersches Drüsenfieber
 Keuchhusten Mumps Scharlach sonstige _____

Herz- und Gefäßerkrankungen:

Thrombosen Herzinfarkt Krampfadern Durchblutungsstörungen d. Beine
 Schlaganfall Hoher Blutdruck sonstige _____

Lungenerkrankungen:

Asthma Lungenentzündung chron. Bronchitis sonstige _____

Stoffwechselerkrankungen:

Zuckerkrankheit erhöhtes Cholesterin Schilddrüsenerkrankung sonstige: _____

Knochen und Gelenkerkrankungen:

Bandscheibenschaden wo _____
 Gelenkbeschwerden wo _____
 Rheuma, sonstige _____

Bauchorgane:

Gallenerkrankungen: Gallensteine sonstige _____
 Lebererkrankungen: Hepatitis A B C sonstige _____
 Magenerkrankungen: _____
 Darmerkrankungen: _____

Erkrankungen der Harnwege und Geschlechtsorgane:

Nierensteine / welche Seite war betroffen _____
 Infektionen der Nieren Infektionen der Blase
 Gynäkologische Erkrankungen/ welches Organ war betroffen: _____
 Erkrankungen der Prostata sonstige _____

Hals-Nasen-Ohren-Augen-Krankheiten:

Hals/Nase/Ohren _____
 Augen _____

Sonstige Erkrankungen:

Nerven- oder Gemütskrankungen (ggf. welche) : _____
 Krampfanfälle: seit _____ Bluterkrankungen Hauterkrankungen
 andere Erkrankungen, nach denen noch nicht gefragt wurde: _____

Nur für weibliche Patienten:

Wechseljahre (Beginn) _____ Regelbeschwerden
 Geburten _____ Pille

Impfungen :(welche? Jahr der letzten Impfung)

Polio _____ Tetanus _____ Diphtherie _____ Masern _____ FSME _____ Röteln _____
 Pneumokokken Grippeimpfung Mumps _____ Hepatitis B _____ sonstige _____
_____ regelmäßig _____
Bitte denken Sie daran, ggf. Ihren Impfpass überprüfen zu lassen

Sonstige Fragen:

Aktuelles Gewicht _____kg Körpergröße _____cm
Welche **Medikamente** nehmen Sie regelmäßig ein?
Rauchen Sie oder haben Sie geraucht (wie viel, was, seit wann nicht mehr)? _____
Alkohol (wie viel, was)? _____

Aktuelle Beschwerden oder Anliegen (in Stichworten):

Vielen Dank für Ihre Mitarbeit